

Dichiarazione di consenso all'invio della fattura via e-mail

io _____ nato _____
(Nome/cognome del paziente) *(data di nascita)*

d'accordo che le mie fatture da

_____ *(Nome dello studio)* _____ *(PLZ /luogo)*

elettronicamente via e-mail a me o alla compagnia assicurativa responsabile.

Riconosco che le mie fatture possono contenere informazioni particolarmente sensibili. Sono consapevole che l'invio elettronico delle fatture via e-mail non è crittografato, motivo per cui non si può escludere che terzi non autorizzati possano accedervi inosservati o modificare le informazioni.

Con la presente confermo che le mie fatture saranno inviate elettronicamente su mia espressa richiesta e che sono consapevole dei rischi che ciò comporta per la mia personalità e che le accetto. Questo consenso è volontario e può essere revocato in qualsiasi momento con effetto per il futuro.

La revoca viene inviata al seguente indirizzo di posta elettronica: _____
(indirizzo e-mail/ studio/trapista)

Non vi sono svantaggi derivanti dal rifiuto del consenso, che può essere prestato senza indicarne il motivo, o dalla sua revoca.

Luogo Data firma

Nota: In caso di minorenni o pazienti incapaci, è necessario il consenso di un rappresentante legale.